

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

---

Année 1955

n°  
862

T H E S E  
pour le  
DOCTORAT EN MEDECINE  
( Diplôme d'Etat )

---

par

GAUDIN Marcel, Fernand,  
Léon, Célestin,  
né le 14 Avril 1923 à Nantes

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

T I T R E

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES  
SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS

---

Président de thèse :

Monsieur le Professeur : G. HEUYER

---



UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

Nom du Candidat : GAUDIN

Prénoms : Marcel, Fernand, Léon, Célestin

Date de Soutenance :

N° d'ordre :

1.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,  
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-  
triques survenus au  
cours de cure par anta-  
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

2.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,  
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-  
triques survenus au  
cours de cure par anta-  
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

3.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,  
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-  
triques survenus au  
cours de cure par anta-  
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

4.-

GAUDIN, Marcel, Fernand,  
Léon, Célestin

Troubles neuro-psychia-  
triques survenus au  
cours de cure par anta-  
bus

Nantes Dact. in 4°

Thèse Médecine Etat

Paris 1955

N°

Nom du Candidat : GAUDIN  
Prénoms : Marcel, Fernand, Léon, Célestin

Date de Soumission :  
N° d'ordre :

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

---

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

---

par

GAUDIN Marcel, Fernand,

Léon, Célestin,

né le 14 Avril 1923, à Nantes.

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

T I T R E

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES

SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS

---

Président de Thèse :

Monsieur le Professeur G. HEUYER

---



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CHERC, DELBET, GOUGEROT, GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET  
Membre de l'Institut

ASSESEUR ..... Jean VERNE

I.- PROFESSEURS.-

MM.

|                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Anatomie .....                        | CORDIER (G)               |
| Anatomie Pathologique .....           | DELARUE (R)               |
| Bactériologie .....                   | GASTINEL (P)              |
| Biologie appliquée à l'Education(     |                           |
| Physique et aux Sports ( ...          | CHAILLEY-BERT (P)         |
| Biologie Médicale .....               | VERNE (J)                 |
| Cancérologie médicale et sociale .... | HUGUENIN (R)              |
| Carcinologie .....                    | OBERLING (C)              |
| Chimie médicale .....                 | POLONOVSKI ( M)           |
| (Hôtel-Dieu ..                        | BROCQ (P)                 |
| Cliniques (Broussais ...              | de GAUDART d'ALLAINES (F) |
| Chirurgicales (Salpêtrière .          | MONDOR (H)                |
| (Cochin .....)                        | QUENU (J)                 |
| Clinique chirurgicale (               |                           |
| réparatrice et orthopédique( ..       | MERLE d'AUBIGNE (R)       |
| Clinique de cardiologie .....         | DONZELOT (E)              |
| Clinique de chirurgie infantile(      |                           |
| et d'orthopédie ( ....                | FEVRE (M)                 |
| Clinique de chirurgie pleuro(         |                           |
| pulmonaire ( .....                    | MONOD (R)                 |
| Clinique de tuberculose .....         | BERNARD (E)               |
| Clinique de neuro-chirurgie .....     | PETIT-DUTAILLIS (D)       |
| Clinique de Puériculture .....        | LELONG (M)                |
| Clinique des maladies cutanées(       |                           |
| et syphilitiques ( ....               | DEGOS (R)                 |
| Clinique des maladies du sang .....   | CHEVALLIER (P)            |
| Clinique des maladies du (            |                           |
| système nerveux ( .....               | ALAJOUANINE (T)           |
| Clinique des maladies des enfants ... | DEBRE (R)                 |
| Clinique des maladies infectieuses .. | MOLLARET (P)              |



|                                       |                       |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Clinique des maladies mentales (      |                       |
| et de l'encéphale (.....              | DELAY (J)             |
| Clinique du diabète sucré et (        |                       |
| des maladies de la nutrition ( .....  | BOULIN (R)            |
| Clinique gynécologique .....          | FUNCK-BRENTANO (P)    |
| ( Hôtel-Dieu ....                     | BENARD (H)            |
| Cliniques médicales { Bichat .....    | LAROCHE (G)           |
| { Cochin .....                        | MOREAU                |
| { Broussais .....                     | de GENNES (L)         |
| Clinique médicale d'hydro- (          |                       |
| climatologie-thérapeutique (.....     | JUSTIN-BESANCON (L)   |
| Clinique médicale propédeutique ..... | PASTEUR-VALLERY-RADOT |
| ( Tarnier ....                        | LANTUEJOUL (P)        |
| Cliniques obstétricales { Baudelocque | LEVY-SOLAL (E)        |
| ( Port-Royal .                        | LACOMME (M)           |
| Clinique ophtalmologique .....        | VELTER (E)            |
| Clinique oto-rhino-laryngologique ... | AUBIN (A)             |
| Clinique physio-pathologique des (    |                       |
| problèmes alimentaires ( ...          | RICHET (C)            |
| ( Chaire à titre personnel )          |                       |
| Clinique psychiatrique infantile .... | HEUYER (G)            |
| Clinique rhumatologique et sociale .. | COSTE (F)             |
| Clinique stomatologique .....         | DECHAUME (M)          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . | SENEQUE (J)           |
| Clinique thérapeutique médicale ..... | LEMAIRE (A)           |
| Clinique urologique .....             | FEY (B)               |
| Embryologie .....                     | GIROUD (A)            |
| Génétique .....                       | LAMY (M)              |
| Histoire de la Médecine et de (       |                       |
| la Chirurgie ( .....                  | MOUQUIN (M.)          |
| Histologie .....                      | CHAMPY (C)            |
| Hygiène et clinique de la première (  |                       |
| enfance ( .                           | CATHALA (J)           |
| Hygiène et médecine préventive .....  | JOANNON (C)           |
| Médecine du Travail .....             | DESOILLE (H)          |
| Médecine légale .....                 | PIEDELIEVRE (R)       |
| Parasitologie et Histoire (           |                       |
| naturelle médicale ( .....            | CAILLIARD (H)         |
| Pathologie chirurgicale .....         | MENEGAUX (G)          |
| Pathologie exotique .....             | LAVIER (G)            |
| Pathologie expérimentale et comparée  | LENEGRE (J)           |
| Pathologie médicale .....             | BARIETY (M)           |
| Pathologie et thérapeutique générales | GARCIN (R)            |
| Pharmacologie et matière médicale ... | HAZARD (R)            |
| Physiologie .....                     | BINET (L)             |
| Physico-chimie médicale               |                       |
| (( Chaire à titre personnel ) ...     | DOGNON (A)            |
| Physique médicale .....               | STROHL (A)            |
| Radiologie médicale .....             | DESGREZ (H)           |
| Technique chirurgicale .....          | MOULONGUET (P)        |
| Thérapeutique .....                   | TURPIN (R)            |



**II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE**  
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES-ADJUGES et AUMILLES**

MM.

|                                  |   |                       |
|----------------------------------|---|-----------------------|
| Anatomie .....                   | { | N ...                 |
|                                  |   | DEBEYRE (J)           |
|                                  |   | DELMAS (A) Pr.s.ch.   |
|                                  |   | N ...                 |
| Anatomie pathologique .....      | { | GAUTRIER-VILLARS      |
|                                  | { | (Mlle P.) Pr.s.ch.    |
|                                  | { | BOSSER (F)            |
|                                  | { | GOUYGOU (C)           |
| Bactériologie .....              | { | PASQUELLE (R)         |
|                                  |   | NEVOT (A)             |
| Biologie médicale .....          | { | BOURLIERE (F)         |
|                                  |   | ETTORI (J) Pr.s.ch.   |
| Chimie médicale .....            | { | JAYLE (M F.) Pr.s.ch. |
|                                  |   | SCHAPIRA (G)          |
| Dermato-syphiligraphie .....     | { | DUPERRAT (F)          |
|                                  |   | BULLIARD (H) Pr.s.ch. |
| Histologie .....                 | { | COUJARD (R)           |
|                                  |   | N ...                 |
| Hydrologie .....                 | { | DEBRAY (C)            |
|                                  |   | BOYER (J)             |
| Hygiène .....                    | { | DEPARIS (M)           |
|                                  |   | DEROBERT (L)          |
| Médecine légale et du travail .. | { | GAUCHIER (A)          |
|                                  |   | HADENGUE (A)          |
| Pharmacologie .....              | { | DAVID (M)             |
|                                  |   | SEZE (S de)           |
|                                  |   | GRASSET (J)           |
|                                  |   | LEPAGE (F)            |
|                                  |   | MAYER (M)             |
| Obstétrique .....                | { | MERGER (R)            |
|                                  |   | MORIN (P)             |
|                                  |   | RAVINA (J)            |
|                                  |   | VARANGOT (J)          |
| Ophthalmologie .....             | { | OFFRET (G)            |
|                                  |   | DESVIGNES (P)         |
| Ototo-rhino-laryngologie .....   | { | HALPHEN (E) Pr.s.ch.  |
|                                  |   | AUBRY (M)             |
|                                  |   | MADURO (R)            |
| Parasitologie .....              | { | BRUMPT (L)            |
| Pathologie coloniale .....       | { | CHABAUD (A)           |
|                                  |   | ABOULCER (P)          |
| Pathologie chirurgicale .....    | { | BAUMANN (J)           |
|                                  |   | GOSSET (A)            |



|                                |      |                        |
|--------------------------------|------|------------------------|
|                                | (    | HUGUIER (J)            |
|                                | (    | LAURENCE (G)           |
|                                | (    | LEGER (L)              |
|                                | (    | LORTAT-JACOB (J)       |
| Pathologie chirurgicale .....  | (    | OLIVIER (C)            |
|                                | (    | PADOVANI (P)           |
|                                | (    | POILLEUX (M)           |
|                                | (    | ROUX (M)               |
|                                | (    | RUDLER -J.C.-          |
|                                | (    | VERNE (J.M.)           |
| Pathologie expérimentale ..... |      | MERKLEN (P)            |
|                                |      | BERNARD (J)            |
|                                |      | BOUDIN (G)             |
|                                |      | CASTAIGNE (P)          |
|                                |      | CONTE (M)              |
|                                |      | DECOURT (J)            |
|                                |      | DOMART (A)             |
|                                |      | DREYFUS (Ginbert)      |
|                                |      | FAUVERT (R)            |
|                                |      | HAMBURGER (J)          |
| Pathologie médicale .....      |      | KOURILSKY (R)          |
|                                |      | LAMOTTE (M)            |
|                                |      | LAROCHE (C)            |
|                                |      | MILLIEZ (P)            |
|                                |      | PEQUIGNOT (H)          |
|                                |      | PERRAULT (M)           |
|                                |      | THIEFFRY (St)          |
|                                | (    | TURIAF (J)             |
|                                | (    | JOSEPH (R)             |
| Pédiatrie .....                | (    | LAPLANE (R)            |
|                                | (    | MARIE (J)              |
| Pharmacologie .....            | (    | LEVY (Mlle) Pr.s.ch.   |
|                                | (    | CHABOT (J.M.) Pr.s.ch. |
| Physiologie .....              | (    | BARGETON (D) Pr.s.ch.  |
|                                | (    | PARROT (J.B.)          |
| Physique médicale .....        | (    | DJOUANO (A) Pr.s.ch.   |
|                                | (    | GOUGEROT (L)           |
| Thermophtysiologie .....       |      | KREIS (B)              |
| Psychiatrie .....              |      | BARUK (H)              |
| Psychiatrie infantile .....    | (... | MICHAUX (L)            |
| Stomatologie .....             | (    | CERNEA (P)             |
|                                | (    | CHAPUT (Mme A)         |
| Thérapeutique .....            |      | CHABOT                 |
|                                |      | chargé d'enseign.      |
| Urologie .....                 |      | KUSS (R)               |
| Othopédie .....                |      | JUDET (R)              |







A MA MERE - A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA FIANCEE

En témoignage de mon affection

A MES ONCLES CHIRURGIENS

En témoignage de l'admiration que  
je leur porte et qui m'a incité à  
devenir médecin

A MES SOEURS

A MES FRERES

M E I S     e t     F R E R E S



A Monsieur le Professeur G. HEUYER

Professeur de Clinique Psychiatrique infantile,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur  
de présider cette thèse.

Hommages respectueux.



A Monsieur le Docteur P. PERRIN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

De qui je tiens l'inspiration de ce travail.

En reconnaissance de m'avoir initié à la psychiatrie, à la morphologie et aux sciences qui en découlent, de m'avoir appris le travail scientifique, de m'avoir associé à ses travaux.

En témoignage de fidèle attachement en réponse à l'amitié dont il m'a honoré.

A Monsieur le Professeur P. PERRIN

médecin des Hôpitaux de Nantes

A Monsieur le Docteur R. BRIAU

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques

A Monsieur le Docteur C. De MONDRAGON

En témoignage de profonde gratitude les remerciant de l'appui qu'ils ont bien voulu nous offrir.



A Monsieur le Docteur V. GUILLON

Médecin des Hôpitaux de Nantes

A Monsieur le Docteur E. COHEN

Médecin-Chef du S.P.P. à St-Hilaire-du-Toussaint

A Monsieur le Docteur FAILLER

son assistant

qui nous ont prodigué de si bons  
soins et qui nous ont entouré de  
leur amitié.

En témoignage de reconnaissance  
et respectueuse amitié.

Les Maîtres dans les Hôpitaux.



## TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES SURVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANTABUS.

-:-:-:-:-

Les troubles neuro-psychiatriques que l'on observe au cours de la cure ( de désintoxication ) par l'antabus sont d'intensité et de gravité variables et posent des problèmes pathogéniques ainsi que pratiques difficiles à résoudre.

Notre dessein est d'essayer d'analyser les causes de ces troubles et de déduire de la connaissance de ces causes la méthode qu'il convient de suivre pour mener une cure à bien sans risquer les accidents susdits.

Nous étudierons dans ce but quelques observations de malades mentaux qui ont été hospitalisés dans les services psychiatriques de notre maître le Docteur CORMAN et du Docteur BRIAU à l'Hôpital Saint-Jacques à NANTES.

Les sujets présentés ont fait leur maladie au cours d'une " cure pour ne plus boire " faite uniquement par l'emploi d'antabus.

## TRAVAUX DE RECHERCHE

### INTERVENUS AU COURS DE CURE PAR L'ANALYSE

— 1 —

Les troubles neuro-psychiques que l'on observe au cours de la cure (de déshabituation) par l'analyse sont d'ordinaire et de grande variété et posent des problèmes pathogéniques et des problèmes thérapeutiques à résoudre.

Il ne s'agit pas d'essayer d'analyser les causes de ces troubles, car la déshabituation est un processus complexe et les causes de ces troubles sont multiples et de grande variété.

Il ne s'agit pas non plus de chercher à expliquer les troubles par des causes extérieures, car les troubles sont d'ordinaire et de grande variété et posent des problèmes pathogéniques et des problèmes thérapeutiques à résoudre.

Il ne s'agit pas de chercher à expliquer les troubles par des causes extérieures, car les troubles sont d'ordinaire et de grande variété et posent des problèmes pathogéniques et des problèmes thérapeutiques à résoudre.

## PREAMBULE

Traiter l'alcoolisme par l'excitation pour ainsi dire un seul problème, mais un ensemble de problèmes.

Les D'abord les sujets proposés à la cure sont bien différents. Les uns sont des buveurs intermittents, les autres de gros buveurs quotidiens plus ou moins atteints de la leur orga-nisme, soit par l'intoxication éthylique, soit par une autre affection variable. Ils ont encore leur psychisme soit perverti. Il peut être encore des buveurs récalcitrants, ou des buveurs im-pénitents. Voilà une série de cas et variétés qui nécessitent un Mé-decin qui veut traiter l'alcoolomanie.

Sans que toutes ces questions soient entièrement résolues collectivement et en particulier la question de savoir pour-quoi un sujet boit ( il n'est que de voir les travaux nombreux faits à ce sujet et qui n'aboutissent qu'à des parcelles de vé-rité ), le Médecin se sentira en face de lui-même et de ses tra-vaux ou ses opinions personnelles.

13.- Mais nous devons dire que la cure est tout à fait ex-pirique, la route d'action de l'excitation n'est pas claire. Et je-nement un apport de cet effet physiopathologique dérivé de la à l'absorption stimulante d'antabuse et d'alcool qui rend diffi-cile l'absorption des boissons alcoolisées. Mais à partir de cette réaction, le moyen d'écarter la rupture avec les habi-tudes de boisson est différente suivant les Médecins qui l'ap-pliquent.

Pour les uns, la peur de la réaction suffit et ils ne ju-gent pas nécessaire de la faire.

Pour d'autres, il s'agit d'une sensibilisation à l'alcool expérimentée par le sujet, et les réactions sont un rappel à l'empire d'il vient à défaut, un ou des des réactions faites seront peu nombreuses.



Pour d'autres enfin, c'est le degré profond des besoins alcooliques qu'il faut mesurer, comme les conditions doivent être adaptées surtout pour que le sujet ait le degré et répété un traitement assez régulier de fois pour que ce degré soit bien adapté à lui.

C'est dire que les conditions dans lesquelles on entreprend cette cure et les modalités d'application sont très diverses et même non comparables entre elles.

---

Il arrive que parmi les sujets traités certains présentent des troubles sérieux mineurs bien souvent, mais aussi parfois plus graves.

À quoi faut-il rapporter ces troubles ?

Quelle part attribuer à la cure, à ses différents éléments, à l'alcool, à la réaction et conditions dans lesquelles la cure a été entreprise ?

Quelle part attribuer au sujet, à ses dispositions organiques et psychiques normales ou pathologiques au moment de la cure ?

Il nous a paru intéressant d'examiner ces problèmes pour mieux poser les indications de la cure et la façon de la conduire. L'étude de nos observations pourra contribuer à y parvenir.

Nous exposerons en premier lieu les troubles neuro-psychiatriques que nous avons observés, leur fréquence, leur nature, leur durée, leur évolution.

En second lieu, nous étudierons les différents facteurs possibles de la genèse de ces troubles et l'importance de chacun d'eux.

En troisième lieu, nous donnerons notre opinion et nous exposerons de quelle façon nous pensons que doit être entreprise et conduite la cure (en s'inspirant de nos observations).

---



## LES FAITS

-1-1-1-

### I.- Fréquence des troubles observés.

Les Docteurs PERRIN et DE MONDRAGON (1) ont estimé que le pourcentage des sujets faisant des troubles mentaux par rapport au nombre de sujets entreprenant des cures d'antabus est :

pour les confusions mentales graves : 4,5 % ;

pour les confusions mentales légères : 7 % ;

pour l'ensemble des autres syndromes : 3,5 % ;

En fait ces syndromes ne sont pas très définis. Les auteurs reconnaissent une valeur très relative à ces chiffres.

Il est bien difficile de se faire une opinion. En dehors de centres spécialisés, il est entrepris beaucoup de cures qui échappent aux statistiques possibles.

Nous rapportons un certain nombre d'observations. Nous avons pu constater d'autres fois des troubles mentaux ayant certainement des rapports avec la cure, mais nous n'avons pu les retenir, parce qu'il nous a pas été possible de les confirmer par des renseignements et des détails suffisants. Cependant ce fait est rare.

Si on en juge approximativement, le nombre de cures entreprises ces dernières années est certainement impressionnant, le nombre de troubles neuro-psychiatriques majeurs est minime, par contre les troubles mineurs sont extrêmement fréquents.

### II.- Nature des troubles observés.

Nous les avons classés en troubles neuro-psychiatriques majeurs et mineurs. Les troubles neuro-psychiatriques majeurs se divisent en deux groupes, selon que les troubles observés sont accompagnés ou non de lésions cérébrales.

#### A.- Troubles neuro-psychiatriques majeurs avec lésions cérébrales.

Nous rapportons deux observations. Ces troubles sont connus

(1).- PERRIN - DE MONDRAGON : Revue de l'alcoolisme - accidents et incidents au cours de la cure.



et d'autres observations du même genre ont été publiées (1).

Observation I. - Un homme de 63 ans, paysan, gros buveur, est traité à l'antabus dans un hospice de campagne. Il a été admis à l'hôpital parce qu'il a fait après une réaction antabus-alcool, un ictus avec hémiplegie droite et aphasie. L'hémiplegie a regressé totalement en huit jours. Il persiste une légère aphasie.

Il présentait des signes d'artério-sclérose et sa tension artérielle était de 19-12.

Observation II. - Y... Pierre, homme de 47 ans, mécanicien, gros buveur depuis 5 ans surtout.

Traité à l'hôpital, le lendemain de la première réaction qui est donnée comme bonne, il présente une contraction des membres supérieurs, une aphasie totale, un purpura localisé au pied. Ce purpura va s'étendre les jours suivants à tous les membres inférieurs.

Sa tension artérielle qui était de 9-6 à son entrée à l'hôpital, 14-8 au moment de la réaction, 8-3 le soir, monte alors en deux jours à 22,5-14, puis décroît ensuite.

La ponction lombaire montre un L.C.R. normal. Il restera normal.

En quatre jours les contractions et le purpura disparaissent, l'aphasie devient sensorielle et il reste un état démentiel avec pertes des matières et des urines, accompagné d'euphorie - la T.A. est à 12,5-8.

Cet état va s'améliorer progressivement en un mois, et demi. Au bout de ce temps, l'examen clinique ne montre plus rien, la T.A. est à 20-13. Il est gardé dans le service des maladies mentales par la suite. Son comportement sera convenable, son état de santé satisfaisant et il travaille.

Le tracé électro-encéphalogramme pratiqué un mois après le début de sa maladie, montre des anomalies très importantes, généralisées sur les deux hémisphères avec une prédominance nette pour le côté gauche et conclue : atrophie cérébrale probable.

---

(1) - Johnson Quarterly Journal of Studies on Alcohol - vol. 13 -  
Déc. 1952 - N°4. - page 650.



Le tracé en coursant s'améliore, encore anormal au moment de la guérison clinique, il sera tout à fait normal six mois après le début de la maladie.

Un F.O. pratiqué après deux mois de maladie montre des vaisseaux réticulaires normaux.

Quelle sorte de lésions cérébrales exactes ont pu se produire dans ces deux cas ? Il est difficile de le savoir. Le premier avait un hypertension artérielle-systolique et avec l'effet des variations de tensions au moment de la réaction, il a pu se produire une hémorragie ou un ramollissement cérébral. Mais ce n'est pas le cas du second, cependant celui-ci a présenté un purpura, et il est possible que des suffusions hémorragiques de ce genre se soient produites au niveau du cerveau. Nous en discuterons plus longuement.

### B.- Troubles neuro-psychiatriques majeurs. Forte psychoses.

Nous avons distingué ici les psychoses avec état dépressif et celles avec état d'excitation. Cette division est assez arbitraire, cependant si les états dépressifs observés sont assez différents, ils sont moins nombreux, quatre observations, tandis que les troubles d'excitation sont plus semblables entre eux et plus fréquents, six observations.

#### a/- Les états dépressifs.

Observation III.- L... Bende, 33 ans, cette jeune femme est envoyée dans le service des maladies mentales en Avril 1943 pour suivre une cure à laquelle elle consent, parce qu'elle s'adonne de temps à autre à la boisson, en particulier les apéritifs.

Elle subit une cure de dégoût qui va durer un mois, puis rentrer chez elle pour reprendre son travail. Elle va seule.

Pendant plus d'un mois, elle continue sobre et en bonne santé.

Puis elle se remet à boire et à prendre des comprimés d'aspirine en plus de la dose prescrite parce qu'elle a froid. Elle abandonne sa place, s'enferme chez elle, ne mangeant plus.



Au bout d'une semaine, elle fait une tentative de suicide : après avoir avalé plusieurs comprimés d'espéral et absorbé du rhum, elle ouvre le robinet de son butagaz.

Le tout provoque des vomissements abondants et l'événement est coupé court. Le lendemain elle est envoyée à nouveau au service des maladies mentales où l'on constate qu'elle est pâle, de mauvais aspect physique, mais l'examen clinique est négatif. Elle livre son anxiété, persuadée qu'elle a le cerveau malade pour toujours. Elle se plaint de ne plus pouvoir supporter la solitude et demande qu'on la guérisse de sa misère.

Cet état dure deux jours. Son état général s'améliore. Puis elle est calme et se conduit bien.

Son état reste satisfaisant pendant le mois durant lequel elle reste à l'hôpital. Elle est envoyée en maison de convalescence et nous n'avons pas eu de nouvelles depuis.

En résumé : cette jeune femme fait une tentative de suicide au cours d'une bouffée anxieuse provoquée par la prise d'antabus et d'alcool, mais elle en est venue là par aggravation d'une dépression antérieure pour laquelle elle boit et pour laquelle elle prend de l'antabus.

Nous verrons ceci plus en détails par la suite.

Observation IV. - P ... André, 46 ans, chaudronnier, célibataire, est un buveur habituel. Il est invité à suivre une cure dans un dispensaire, afin de " redevenir un homme ".

Sans serrage préalable, on lui donne de l'antabus et aucune réaction contrôlée n'est faite, le 1<sup>er</sup> Décembre 1953. Dès le début, il se sent fatigué et demande un fortifiant.

Au bout de huit jours, il s'agite, se mettant à la fenêtre pour crier dans la rue.

Le lendemain, il est amené dans le service des maladies mentales.

Il présente un état confusionnel profond, avec gâtisme. Il ne tient pas sur ses jambes. Légèrement agité, il n'a pas de délire caractérisé. Il n'est pas bruyant, mais fait des grimaces, prend



des attitudes bizarres, restant étendu, pendant les jours suivants. L'examen clinique ne montre rien par ailleurs.

Au bout de cinq jours, il est calme, plus lucide, mange seul. Mais deux jours après il tombe à nouveau dans un état confuso-déméntiel, cette fois avec conservation des attitudes de type catatonique. On lui commence un traitement par électro-choc. Il s'agite alors un peu, frappant à la porte de sa chambre, mais ne paraît pas délirant.

Le deuxième épisode dure sept jours et guérit avec trois électro-chocs.

Ensuite il est tout à fait bien et est sorti de l'hôpital un mois après. Nous ne l'avons pas revu depuis.

En résumé : la maladie de cet homme a duré dix-huit jours et elle est faite de deux épisodes confuso-déméntiels différents dans leur allure cependant de type dépressif, entrecoupés d'une remission de deux jours. La guérison assez facile par électro-chocs serait assez en faveur d'une maladie d'origine psychique plus qu'organique.

Observation V. - F ... Robert, 24 ans, cultivateur, célibataire, c'est un gros buveur. En octobre 1950, il fait les oreillons, garde la chambre, arrête de boire. Puis il recommence quelques jours et vient alors demander une cure ne se sentant pas capable d'arrêter seul. Il commence le 28 octobre.

Au bout de 20 jours on remarque chez lui qu'il est songeur, ne répond pas quand on lui parle, ne travaille plus, " traînail-lant " dans la maison.

Au 34<sup>ème</sup> jour, il se réveille à onze heures du matin, au bruit d'une auto qui s'arrête. Il ouvre la fenêtre et crie " oui tout de suite ", puis il se met à délirer se plaignant de manquer d'air et d'étouffer. On arrête l'antabus.

Trois jours après, il est amené dans le service des maladies mentales où après un après-midi d'immobilité catatonique, il s'excite, parle d'avions, de ballons dirigeables. Il brise la vitre de la porte de sa chambre.



Il se présente ensuite comme un catatonique avec délire sous-jacent.

Il guérit spontanément au bout d'un mois et sortira rapidement de l'hôpital.

Nous revoyons de temps en temps ce jeune homme depuis 4 ans. Il est toujours bien.

En résumé : tout évoque chez ce sujet un épisode schizophrénique provoqué par la cure, mais qui n'a duré qu'un mois et a guéri spontanément.

Observation VI. - De F ... Guy, 40 ans, marié, voyageur de commerce, est un buveur habituel de vin et d'alcools forts.

En mai 1951, il accepte de faire une cure, cure suivie par son Médecin. Le jour où il s'y rend, il est excité et ne veut pas que sa femme l'accompagne.

Au bout de huit jours, il se sent fatigué et l'on diminue la dose d'antabus qui, au début à 2 g, ensuite 1 g 50 est maintenue à 1 g. Cependant il trouve qu'il perd la mémoire, qu'il manque de volonté.

D'ailleurs en Juin, il reboit un peu, il avale notamment du cassis.

Au bout d'un mois, il tombe dans un état de prostration avec mutisme, refus d'aliments et exprime des idées mélancoliques. Il dit être mort, être en enfer. Il ne dort pas, mais n'est pas agité.

Il est emmené 10 jours après au service des maladies mentales dans cet état qui va durer cinq jours, car il guérit avec deux électro-chocs et se maintiendra bien. Quinze jours après, on lui donne de l'antabus à prendre à nouveau, 0,25 g par jour, qu'il supporte bien.

Le 10 Septembre, c'est-à-dire deux mois après, il nous revient présentant un état de stupeur dépressive avec idées délirantes de ruine, d'incurabilité, disant qu'il est inutile qu'on le soigne. Cet épisode va durer une dizaine de jours, car les électro-chocs donneront encore un bon résultat.

Il sort à nouveau en bon état, ne prenant plus d'antabus.



Nous l'avons revu par la suite, en particulier en octobre 1953, c'est-à-dire deux ans après sa maladie. A ce moment il vient pour consulter à plusieurs reprises, n'ayant pas la patience d'attendre. Nous apprenons qu'il est très excité, se sent en pleine forme. Il prend depuis quelque temps, chaque jour, un cachet de N 63 ( campho-malronate et acétylsalicylate d'europium associés à du sulfate  $\beta$  phényl isopopylamine.

En résumé : cet homme a fait deux épisodes de mélancolie l'un de quinze jours, l'autre de dix jours, guéris très facilement par les électro-choocs. Ces épisodes courts sont sans aucun doute en rapport avec la cure, malgré, à ce qu'on voit chez cet homme, une certaine tendance à la cyclothymie.

Les états dépressifs que nous avons observés sont donc bien différents puisqu'il s'agit d'une bouffée anxieuse, d'un état confuso-déméntiel avec catatonie, d'un épisode schizophrénique et d'un état mélancolique. Nous n'avons pas relevé de signes marquant une atteinte organique. c'est pourquoi nous avons rangé ces troubles parmi les psychoses.

#### b/- Les états d'excitation.

Observation VII. - M ... Bernard, 34 ans, cultivateur, est célibataire, c'est un buveur habituel. Il va de lui-même demander une cure dans un dispensaire, le 23 Mai 1954, mais dès le lendemain il commence une crise de délirium pour laquelle nous le voyons. Il en guérit rapidement et sans complication et sort de l'hôpital en bon état treize jours après. Une semaine se passe et il retourne au dispensaire. Il doit prendre 0,50 g d'extatus associé à de la bétavistine chaque jour. Aucune réaction contrôlée n'est faite. Il ne retournera consulter au dispensaire que huit jours après.

Au bout de deux à trois semaines de cure, il se sent fatigué, très fatigué. Un mois après le début de sa cure, il est envoyé à nouveau dans le service des maladies mentales pour délirium.



En effet, il présente une agitation délirante, mais il n'est pas confus, n'a pas d'hallucinations visuelles, sa langue ne tremble pas, il parle sans arrêt, dit des choses sans suite, mais avec fixation avec insistance sur certaines. Il se met à transpirer. Le regard est fixe, peu mobile.

A un moment donné, il se laisse glisser à terre, mais complètement et sans se faire de mal, non louchement comme on voit. L'ensemble évoque l'agitation délirante. Trois jours après, il revient à la santé, surpris de ce qui lui est arrivé, mais il se rappelle, de façon peu claire et est vrai, son agitation.

Son état continuera d'être satisfaisant et il sortira trois jours après la fin de sa maladie. Nous n'avons pas revu ce malade depuis.

En résumé cet homme a présenté un état d'excitation maniaque à l'état aiguë, sans confusion, état qui a duré 5 jours.

Observation VIII. — D... Bernard, 30 ans, célibataire, marié comme médecin, c'est un buveur intermittent. Il boit une fois par semaine et fait des ivresses évolutives. Au cours d'une permission, il s'enivre, à l'issue de quoi il va se promener nu dans un parc privé. Craignant le retour de cet éyèchement, il va voir le Docteur BAKUK à ANGERS, qui lui conseille une cure.

Elle est faite à l'Hôpital militaire Bretonneau à RANTON, commencée le 20 octobre 1953.

C'est une cure de dégoût qui va durer un mois pendant lequel il prendra 0,50 g d'arsénous par jour et absorbera par six fois du vin.

Mais à la sixième fois, il n'y a pas la réaction attendue et il est noté qu'il a saigné, qu'il se plaint d'insomnie et de palpitations.

La nuit suivante, il s'agite bruyamment, parle incohérentement, fait des grimaces, des jeux de mots. Il raconte les faits qui l'ont amené à la cure. Le lendemain et la nuit suivante même état.

C'est alors qu'il est amené dans le service des maladies mentales.



Pendant six jours, il reste agité, se metant mal, gémant, luttant, grimaçant, s'efforçant à déglutir. Il se sursaute par moments. Il reste orienté dans la temps et l'espace et ne présente pas d'hallucinations.

Au bout de huit jours de maladie, il guérit spontanément, un peu pâle et fatigué. Tout rentre dans l'ordre rapidement. Pendant 15 jours encore il pense que les lettres qu'il reçoit de sa mère sont fausses.

Dix jours après nous avons essayé de reprendre la cure, le sujet est resté en bonne santé, mais nous n'avons pu continuer, car il ne désirait pas poursuivre.

Il est sorti en bon état, nous ne l'avons pas revu depuis.

En résumé : au bout d'un mois de cure, ce jeune homme a fait un état d'exaltation d'ailleurs maniaque, sans confusion, pendant huit jours.

Observation II. - V... Robert, 15 ans, ajusteur, marié, est buveur d'habitude.

Depuis cinq mois, il suit une cure prenant 0,25 g d'antabus par jour, cure qu'il a commencée dans un dispensaire ou aucune réaction contrôlée n'a été faite. De plus, il buvait habituellement de la bière de ménage.

Pendant l'été 1954, il a beaucoup malgé et se surmène au travail.

Le samedi 23 octobre, il arrête de prendre ses comprimés.

Le dimanche après-midi, il prend plusieurs verres et rentre à la maison rouge et fatigué. Le lendemain matin, il n'a pas voulu aller à son travail, il s'y est rendu l'après-midi, mais il a fallu le ramener; il se sentait les jambes mortes. La nuit suivante, il a des cauchemars et se voit dans le sang.

Le 26 au matin, il se plaint de maux de tête et pleure. Il reconnaît sa mère quand elle vient, mais l'oublie aussitôt. Souvent il a peur, crie pour appeler des gens. Dans la nuit il dort peu.



La nuit du 27 au 28 est agitée. Il sursaute au moindre bruit, veut de la lumière, voit du sang partout. Il n'a plus d'angoisse, il croit que quelqu'un vient pour le tuer.

La matinée du 28 se passe dans l'agitation. Il veut tout passer chez lui, donne un coup de pied à une voisine, se jette dans une voiture en marche.

C'est alors qu'il nous est amené. Dans le service, il se présente comme un maniaque, un peu confus au début. Il crie, fait le boniment comme un camelot pour se faire admirer lui. Il prétend avoir fait de grandes choses. Une fois, il a été blessé par un autre et ceci pendant plusieurs jours.

Au bout de douze jours de maladie, il se calme progressivement et spontanément.

Il sera un peu étonné d'être encore vivant. Il se rappelle avoir voulu mourir ou qu'on voulait faire des expériences sur lui. Ce fait lui était déjà arrivé au cours de la guerre, lors d'un bombardement de bateau, au cours duquel il failli périr noyé.

Il est sorti en bon état de l'hôpital et nous ne l'avons plus vu depuis.

En résumé, il s'agit d'un cas de folie chronique, qui devient aigu et qui est d'origine traumatique, qui a duré douze jours.

Cas n° X. - F... Albert, 39 ans, marié, charpentier, est un bureau ouvrier. Il est envoyé à l'hôpital pour cause de troubles de médullaire générale. Le 17 août 1932, au soir, 20 jours avant son entrée, il se rappelle de sa femme, et comme lui rendant visite le trouble agité, tenant des propos incohérents, comme s'il avait vu quelque chose d'effrayant.

Le 18 août, il se sent plus mal, il a de la fièvre et de l'alcool le dégrise, mais l'agitation augmente. Ses propos sont de plus en plus bizarres. Il continue au fur à mesure tout ce qu'on lui dit. Il se lève cinq ou six fois la nuit, pour uriner, mais il n'a pas de sommeil.



Deux jours après sa sortie, il entre dans le service des maladies mentales où on constate une T.A. à 25-15.

Il présente une agitation hypomaniaque typique qui se calme d'elle-même en douze jours.

Il est possible de l'examiner plus à loisir; sa T.A. est à 20-15; le signe du lacet est négatif; le fond d'oeil est normal; la tension artérielle rétinienne normale. Un tracé électro-encéphalographique montre des altérations du rythme de base sur la totalité des deux hémisphères, ni asymétrie, ni paroxysme. En conclusion tracé d'alcoolique chronique.

Trois semaines plus tard, nous donnons à prendre à nouveau de l'antabus et provoquons deux réactions typiques.

Il sort le 9 Octobre 1952 en bon état, ayant à continuer l'antabus.

Nous le revoyons en consultation en Décembre 1953. Il prétend continuer à prendre de l'espéral 3 fois par semaine, en essayant de boire de la bière ce qui ne l'incommode pas. Sa T.A. est 18-11.

Puis il est envoyé à nouveau en Décembre 1954 dans le service, cette fois pour un délirium typique.

En résumé : à la suite des réactions, cet homme fait un accès hypomaniaque qui a duré environ 14 jours, avec une poussée hypertensive.

Le plus curieux est que la reprise de réactions n'a provoqué chez cet homme aucun accident.

Observation XI. - B ... Pierre, 44 ans, marié, fait un travail de bureau, a toujours été buveur. Ces derniers temps, il dépensait vingt à trente mille francs en boisson, par mois.

Il fait plusieurs crises de délirium en janvier 1952 et sa femme inquiète le pousse à faire une cure.

Elle est commencée en février 1952. Il se plaint rapidement de fatigue et de bourdonnements d'oreilles, la dose d'antabus est diminuée jusqu'à 0,25 g par jour. Au bout de deux mois, il s'agite. Parlant abondamment, il dit qu'il veut écrire l'histoire de sa vie. Il parle continuellement de Dieu et des Saints et récite son



chapelet sans cesse. A son Docteur, il disait qu'il aurait un fils missionnaire et demandait qu'on dirige les missions.

Trois jours après, il entre dans le service des maladies mentales. On constate qu'il présente un état d'excitation, parlant beaucoup sans manifester de délire paroxysmal, sans agressivité. Il se met nu et est inconscient de sa nudité partielle. Cet état se persiste une semaine et guérit spontanément. Il sort de l'hôpital en bon état huit jours après, le 8 mai 1952.

On lui donne à nouveau à prendre de l'antipsy, 0,25 g par jour.

Du mois de juillet 1952 au mois d'août 1953, il a un comportement bizarre.

La femme dit qu'il est comme un vieillard, se tenant immobile dans un coin, inertes. On d'autrefois violent, il fait du bruit et parle de se suicider. Il ne lit pas le journal prétendant qu'il ne voit pas ( une névrite rétrobulbaire est diagnostiquée en avril 1953 ).

Au point de vue sexuel, pas impuissant, il est très excité et ne pense qu'à cela. Ses chefs de bureau disent que son rendement au travail est médiocre.

Il est envoyé dans le service des maladies mentales pour un deuxième séjour en août 1953, c'est-à-dire quatorze mois après sa première maladie.

Les agents le prennent sur la voie publique alors que très excité il jette des billets de banque partout. Il s'est emparé de la canne d'un vieillard, lui en a donné un coup sur le tibia, puis l'a embrassé.

A l'hôpital d'abord, docile, il veut frapper tout le monde. Ensuite il est en pleine excitation maniaque, guerissant, se mettant nu. Cet état persiste huit et jours, pendant 15 jours. Puis il devient calme, déprimé. Il raconte ses anxiétés, que quelqu'un lui a fait de la magie, qu'on lui change les dates et les numéros des papiers qu'il a dans son portefeuille. A sa venue qui vient le voir, il parle de bouchoires miraculeux, de médailles qui changent de forme toute seules. Mais il ne songe pas à lui écrire. Cet état guérit au bout d'un mois par psychothérapie à l'insu du malade.





... ..

... ..

Quelques jours après, il se présente à l'hôpital psychiatrique en 1934, en 1938-39 et en 1940-41. à chaque fois pour accès maniaque.

Donné comme bon buveur, il consent à une cure faite par son Médecin en ville.

Il reste abstinant 4 à 5 mois, puis arrête les comprimés, prétendant être débarrassé de ses maux de tête.

Se femme pour toujours qu'il avait épousé en 1915, tous les quatre à cinq jours lui met de l'alcool dans sa coupe, son insu. Elle remarque qu'il lui arrive d'être rouge et de se sentir malade.

Huit mois après, en septembre 1931, il se présente pendant une période de grève qui l'a bien pesé, et sa femme lui administre de l'alcool fréquemment. Au bout d'une semaine il s'agite.

Le 6 septembre 1931, il se lève à deux heures du matin, part sans arrêt, criant, enlevant sa femme qui voulait l'empêcher d'aller travailler sur son chantier.

Le lendemain, il se met à boire, et pendant les premiers jours de la semaine il se met à l'alcool. À midi il rentre très rouge, se montrant mal à l'aise, obligé de se coucher jusqu'à 15 heures. Ensuite excité, il se promène, crache à la figure de sa femme, saur, pleure, etc., manifeste des idées de grandeur.

Ainsi pendant 3 jours, il dépense ses mille francs, on ne sait trop en quoi. Il est alors amené dans le service des maladies mentales, là, il se montre excité, euphorique. Il se prétend l'empereur du monde. Très sale, il dérange beaucoup, se met mal. Il est assez soupçonneux, difficile, méchant avec les infirmières.

Cet état se dure un mois. Après trois électro-chocs, il revient calme. Par la suite son comportement est très convenable et il sort guéri.

En résumé : cet homme a fait un véritable accès de manie. C'est un prédisposé. Cependant la coïncidence du déclenchement de cet accès avec l'administration d'alcool est une prime d'indication importante nous a fait saisir cette observation.



Nos malades ont donc présenté des états d'excitation maniaque.

On ne peut parler chez eux de confusion mentale, nous l'avons remarqué en passant dans chacune de nos observations. S'il y a parfois confusion, celle-ci ne dépasse pas ce qu'on est accoutumé de voir dans la manie, c'est-à-dire la difficulté pour le sujet de fixer son attention. Par ailleurs nos malades se sont toujours retrouvés dans l'espace de leur chambre, la connaissant, et connaissant les objets qui les entourent. Ils reconnaissent aussi les infirmiers. Enfin lors de leur guérison, s'ils sont surpris de ce qui leur est arrivé, ils se souviennent très bien d'avoir été agités.

On ne peut parler non plus de bouffée délirante. Des idées délirantes ont été exprimées, mais ce sont des idées de grandeurs, des idées mystiques que l'on est accoutumé d'entendre dans l'accès de manie. Jamais nous n'avons pu mettre en évidence d'hallucinations de quelque sorte.

Dans nos deux dernières observations, nous assistons à de véritables accès de manie avec son début progressif, sa durée d'un mois dans les deux cas.

Au contraire les quatre autres ont commencé leur maladie plutôt brusquement, plus rapidement et la durée en a été courte. Ce sont plutôt des accès hypomaniaques. Par ailleurs, nous n'avons jamais relevé aucun signe clinique d'autre nature, excepté chez l'un d'eux qui fait en même temps une poussée d'hypertension.

Il est déjà connu en psychiatrie qu'un état d'excitation maniaque peut s'accompagner d'une poussée hypertensive, ce n'est donc pas là un phénomène particulier attribuable seulement à la cure.

C'est pourquoi nous avons classé ces observations parmi les troubles psychosiques.



### c/- Les troubles neuro-psychiatriques mineurs.

Ils sont fréquents et bien connus, nous n'avons pas jugé utile d'en rapporter des observations.

C'est ainsi qu'on peut voir apparaître au cours de la cure des désordres nerveux parfois importants : névrose d'angoisse, obsession, dépression. On pourrait être tenté de les mettre sur le compte d'une action toxique spéciale de l'antabus. C'est ainsi par exemple qu'on a accusé ce médicament de provoquer une asthénie persistante avec impuissance sexuelle, ce qui s'observe en effet. Mais il y a lieu de se demander, également dans ce cas, si la tendance asthénique se présentait sous une forme latente, et si les boissons alcoolisées n'étaient pas recherchées par le malade pour se "doper". Les remarques ne doivent pas faire renoncer à l'emploi d'antabus dans le traitement, mais il est bien évident que l'on devra être très vigilant, et si l'on ne traite pas en même temps de façon appropriée les désordres psychiques du sujet (11).

Les troubles les plus fréquemment rencontrés sont des troubles agressifs asthéniques et ceux dont se plaignent le plus souvent les sujets en cure sont :

- une fatigabilité à l'effort, en particulier un manque de force au travail;

- un mauvais sommeil, sommeil interrompu de sautonnements et difficulté à s'endormir;

- des réphalées dont le siège est extrêmement variable;

- et une impuissance sexuelle ou diminution de cette puissance. Ce symptôme est d'ailleurs bien plus fréquent qu'on ne le dit généralement. De cela les malades se plaignent peu, ils croient qu'ils songent pas à en parler et il faut les interroger à ce propos.

### III. - Durée des troubles et évolution ultérieure.

1. - La durée des troubles neuro-psychiatriques sous l'action d'antabus est assez importante. Dans nos observations on parle de

(11) - Quint-Médical - 10 août 1951 - Conseils pratiques pour le traitement de l'alcoolomanie par l'antabus.



2.- Dans les troubles psychosomatiques, la durée de la maladie est plus variable mais se situe entre six semaines et trois mois. Elle est de quatre jours au minimum, mais peut atteindre jusqu'à dix à quinze jours, voire même se prolonger au-delà de six semaines. Les symptômes d'un état dépressif sont alors prédominants.

Nous devons donc convenir que dans la série malades qui ont été traités par électrochocs, les symptômes dépressifs ont été traités avec succès.

Une fois que nous aurons fait ces constatations, nous pouvons nous interroger, à l'égard de ces troubles psychosomatiques, sur la nature de quelques troubles dépressifs. Les constatations nous ont permis de constater que :

Toutefois la guérison a toujours été obtenue et comme nous le faisons remarquer la plupart du temps sans traitement.

Nous n'avons pas toujours eu ce qu'on appelle des manies pour cinq d'entre eux en particulier. Les autres se portaient bien.

3.- Les troubles psychosomatiques mineurs apparaissent plus ou moins tôt après le début de la cure. En particulier des troubles dépressifs asthéniques.

J. Raivre écrit (1) : l'asthénie entraînée par l'espérance est rare dans notre série. Elle n'est toujours de courte durée. Nous

(1) Informations médicales - Juillet 1955 - Les troubles dépressifs



pensons que cela est dû à la thérapeutique associée à l'espéral. Nous prescrivons dès le début une association de Hecozyme forte, de Vitae-Corbol 500, soit avec méthionine, inositol, soit hépa-choline, soit hépaïrol buvable, soit activarel. Si le sujet est légèrement somnolent ou obtusité nous donnons du maxiton.

Mais est-ce à dire que cette méthode est vraiment guérie ? Ainsi G. Boitelle, " Boitelle, L'asthme sévère (1) " :

L'état physique excellent après la cure et la guérison ne demeure pas toujours. L'asthme apparaît alors ...

Nous pensons en effet que les médicaments exotiques peuvent entraîner aux symptômes asthmatiques laquelle reste sous-jacente.

Traité modérément nous le recommandons le Dr. COHMAN, Nous voyons cette méthode se prolonger un mois, deux mois, trois, quatre mois et guérir tout à fait. Parfois lorsque le sujet est trop déficient, ou lorsqu'il a passé un hiver hivernal, cette guérison reste chronique et devient irrégulière.



## PATHOGENIE

-:-:-:-:-

En face de ces troubles, les problèmes pathogéniques qui se posent sont ceux qui tiennent aux éléments de la cure et ceux qui sont inhérents au sujet.

Pour les premiers ce sont : le médicament, l'antabus et les réactions.

Pour les seconds ce sont : la condition organique du sujet, surtout les perturbations dues à son alcoolisme en particulier au son système nerveux, et sa condition morale.

Nous les verrons successivement.

### I.- Les éléments de la cure.

#### A.- L'Antabus.-

Chez nos malades, les doses et le temps d'administration de l'antabus ont été variables.

##### a/- Les doses faibles - par trois fois.

La cure a été faite avec 0,25 g d'antabus pendant 2 mois chez ce malade de l'observation II qui a fait un état d'exacerbation épileptique de douze jours.

Commencée avec 0,50 g par jour, puis 0,25 g pendant 2 mois, la cure a été reprise après le premier épisode malade avec 0,25 g par jour deux pendant 14 mois, chez le malade de l'observation III qui a fait deux épisodes maniaques de dix jours et quatre jours. Le sujet de l'observation XIII qui a fait un accès maniaque d'un mois, depuis 4 à 5 mois recevant un traitement d'arsobyl de 100 mg à 200 mg à son insu, auparavant il prenait 0,50 g par jour, ceci pendant 4 à 5 mois.

##### b/- Les doses moyennes - par quatre fois, recevant 0,50 g d'antabus par jour.

Pendant 2 jours le malade de l'observation IV qui fit deux épisodes maniaques démentiels en 14 jours.

Pendant 2 jours le malade de l'observation V qui fit un accès maniaque de dix jours.

Pendant 2 jours le malade de l'observation VI qui fit un accès maniaque de dix jours.



Pendant 1 mois, le malade de l'observation VIII qui fit un état d'excitation de huit jours.

Pendant 1 mois, puis 0,75 g pendant 2 mois, la jeune femme qui a fait une bouffée anxieuse avec tentative de suicide.

Les sujets que nous avons observés qui présentent des troubles psychiques mineurs recevaient 0,50 g d'antabus par jour et ceci pendant des mois, parfois ensuite un an, deux ans suivant le cas.

c/- les doses fortes - par trois fois.

Cet homme qui fit un état confusionnel avec aphasie, observation II, avait reçu :

0,50 g d'antabus pendant 3 jours, 1 g les trois jours suivants; 1,50 g les trois derniers jours.

Celui qui a fait un accès maniaque de 14 jours avec poussée d'hypertension, observation X, a reçu :

0,50 g d'antabus 12 jours et ensuite 1 g pendant 21 jours.

Celui de l'observation XII qui a fait un accès maniaque d'un mois recevait 2 g d'antabus par jour, ceci pendant 20 jours.

d/- Mixte.

C'est le cas du malade de l'observation VI qui commence la cure avec 2 g puis 1,5 g, 1 g, enfin poursuit avec 0,25 g par jour parce qu'il se sentait fatigué pendant un mois, fait un accès mélancolique de quinze jours. Il reprend la cure à 0,25 g et fait un deuxième accès mélancolique de dix jours au bout de 2 mois.

=====

Ces doses sont-elles discutables ? C'est peu probable malgré que deux de nos malades nous aient avoué avoir pris des doses supplémentaires parce qu'ils avaient honte, mais de façon si passagères. D'autres qui ne le disent pas, ont dû omettre quelques comprimés. Mais dans l'ensemble on ne peut tenir compte de ces modifications peu importantes.



En gros, il apparaît un parallélisme entre les doses d'antabus prises et les effets dans lesquels nous voyons nos malades. Plus les doses ont été fortes, plus vite sont apparus les troubles mentaux. Il est donc nécessaire de se demander si l'antabus n'est pas responsable, peut-être par un effet toxique. Ce parallélisme remarquable de l'effet s'accroît avec l'antabus seul, mais aussi les réactions qui peuvent se faire plus fortes avec des doses d'antabus plus fortes.

Mais cependant, nombreux sont les alcooliques traités par l'antabus qui ne font pas de troubles importants. Or trois de nos malades ont reçu des doses fortes d'antabus. L'un, encore est un cas mité. Donc au plus quatre sur treize ont pris des doses fortes.

Trois prenaient des doses faibles, les autres des doses moyennes.

Nous sommes donc obligés de penser que chez eux, il existe une sensibilité particulière au médicament.

Cette sensibilité particulière n'est pas en cause pour ce qui est des troubles mineurs en particulier dépressifs asthéniques. En effet nous avons déjà dit plus haut qu'ils guérissent en quelques mois parfaitement et ceci malgré l'administration continue d'antabus à la dose de 0.50 g par jour. Les troubles dépressifs ne sont donc pas le fait du médicament.

Rien ne nous indique que l'antabus est à l'origine de lésions cérébrales que l'on voit toujours manifestement survenir au moment des réactions.

Quant aux troubles psychiques nous en doutons, car si nos malades avaient une sensibilité particulière, il serait vraisemblable que l'administration d'antabus aussitôt leur maladie terminée, devrait les y replonger rapidement.

Or nous avons repris l'administration d'antabus chez cinq de nos malades.

Nous avons signalé que deux avaient fait des rechutes. L'un au bout de deux mois, l'autre au bout quatorze mois, alors qu'ils prenaient le premier 0.25 g d'antabus par jour, le second 0.20 g par deux fois un mois sur deux. Chez ces deux sujets on n'a pas fait d'essai contrôlé avec du vin.



Le militaire de l'observation VIII qui a fait un accès maniaque de dix jours, a reçu quinze jours après 0,50 g d'antabus par jour pendant 8 jours. Il a obtenu une amélioration marquée. Nous avons voulu lui faire absorber du vin, ceci à cause de l'atmosphère spéciale dans lequel se trouve cet homme. Pour les mêmes raisons, il a été autorisé à prendre des boissons. Il est resté guéri.

L'homme de l'observation X qui fit un accès maniaque de dix jours avec poussée agressive a reçu quinze jours après l'absorption de 0,50 g d'antabus par jour pendant huit jours et deux verres de vin ont donné des réactions excellentes. Il a dû prendre ensuite trois comprimés d'antabus par jour pendant deux jours et a bien de temps.

Deux ans après nous l'avons revu pour un délirium.

L'homme de l'observation XIX qui fit un accès maniaque d'un mois, a reçu un mois après la fin de sa maladie, pendant 4 jours 0,50 g, les quatre jours suivants 1 g. Les quatre jours qui suivent encore 1,50 g au total. Lesquels ont été très efficaces. Il est sorti, ayant à prendre 1 g d'antabus par jour. Après la fin de combien de temps il l'a fait, mais il est resté en bonne santé.

Nous aurions aimé poursuivre plus longtemps, ces expériences de cure, mais les sujets ne s'y prêtent pas volontiers et on les comprend. Leur sensibilité se comprime et dure pour de la stabilité.

En conclusion : nous pensons que l'antabus ne peut à lui seul provoquer l'apparition de troubles psychiatriques.

B. - Les réactions.

a/- L'absorption de vin chez un sujet en cure à l'antabus provoque une réaction physiologique. Cette réaction est d'ordre clinique, moins bien connue dans son mécanisme intime et son rôle dans la cure. Malgré son effet passager, elle a la valeur la plus probable des médicaments dans la cure.

Nous avons essayé à chaque fois d'augmenter la dose de vin et de l'antabus.



- Pour les troubles neuro-psychiatriques avec lésions cérébrales - Cela ne fait pas de doute. Rappel la même dans notre première observation. Dans notre observation II c'est le lendemain de la première réaction qu'on constate l'accident lorsque la tension artérielle qui s'est effondrée au moment de la réaction, se met à monter.

- Pour les troubles psychologiques, nous en avons la notion juste parfois, d'autres fois l'absorption de boissons alcoolisées a été avouée et déniée ensuite; une seule fois elle est niée complètement.

Sûr, l'absorption de boissons alcoolisées chez le jeune homme qui se fait une bouffée anxieuse ( observation III ).

Observation IV. - pendant l'épisode de tension de ce malade, ce malade nous dira, qu'il sortait, malgré la surveillance d'un frère qui l'avait pris en charge, qu'il entrait dans des cafés prendre des boissons anodines " qui l'ont fait rougir ". Et même il lui arrivait de prendre deux comprimés d'aspérial au lieu d'un. Il buvait donc avec remords.

Observation VI. - au bout d'un mois de cure, cet homme avoue qu'il reboit un peu, notamment un " casse-croûte " lors de son deuxième accès mélancolique, nous n'avons pu lui faire avouer qu'il buvait.

Observation VII. - au début de sa maladie, ce sujet nous confessa qu'il buvait un petit coup de temps en temps. Par la suite, il prétendra formellement qu'il ne buvait que " du coco ", mais il avait des bouffées congestives à la tête et des rougeurs.

Rappelons qu'aucun contrôle de réaction n'a été fait.

Observation VIII. - c'est la nuit suivant la sixième prise de vin contrôlée que ce militaire s'agite.

Observation IX. - pendant la cure, il avait de la bière de ménage. Manifestement il a bu le lendemain du jour auquel il a arrêté de prendre ses comprimés. Mais son beau-père rapporte que quelques jours auparavant, il l'a rencontré buvant un verre avec un ami. Sa femme dit qu'il ne buvait pas, mais au fond, elle n'en sait rien.



Observation I. - nous ne savons pas combien de réactions ont été faites dans le service de médecine dans lequel il suivait la cure. Mais l'une est signalée comme bonne, huit jours avant sa sortie et sa tension artérielle était à 20-11. Déjà il est agité avant sa sortie.

Observation II. - la femme de ce malade prétend qu'il ne buvait pas, mais ne peut l'affirmer, car il sortait seul. Cet homme est peu sûr. Il avait avant de commencer la cure qu'il buvait. Mais pendant la cure, il a présenté plusieurs accès de violence, or il y était sujet quand il avait bu.

Il nous avouera seulement un demi de bière, absorbé avant son deuxième accès maniaque.

Observation III. - cet homme n'avait pas cessé de boire depuis 15 jours quand il est venu demander une cure. Trois réactions ont été faites pendant son séjour à l'hôpital alors qu'il prenait 2 g d'antabus par jour. Il est déjà excité à sa sortie. Ensuite il vagabonde, dit qu'il ne doit plus prendre de comprimés, ce qui suppose qu'il se permettait de boire.

Observation IIII. - cet homme buvait notamment des spiritueux et sa femme lui donnait de l'antabus à son bras. Le jour il a dû se coucher pendant 4 heures le temps après une réaction.

Aucune notion certaine chez ce jeune homme de l'observation V. Sa mère affirme qu'à table, il ne buvait que du tilleul ou du thé. Nous n'avons jamais pu rien lui faire avouer. Mais il a un caractère très fermé et très secret. C'est pourquoi nous ne sommes pas sûrs qu'il ne buvait pas de temps en temps en cachette.

- Pour les troubles neuro-psychiatriques mineurs.

Ils ne sont pas le fait des réactions, mais les réactions n'y sont pas étrangères. En effet il est très fréquent que les sujets en cure après une réaction surtout si elle a été un peu forte, mais ce n'est pas essentiel, éprouvent des malaises astringents surtout sensation de fatigue, céphalées, refroidissement des extrémités même. Ces symptômes sont surtout aigus dans les heures qui suivent mais peuvent persister plus longuement. A ce moment il est difficile de dire s'ils existaient avant la cure ou s'ils sont dus aux



















Certains nous relatent souvent des réactions fortes au moment du déclenchement de la maladie.

Ainsi cette jeune femme de l'observation III a recommencé à boire tout en prenant des comprimés, huit jours avant sa tentative de suicide. Mais ayant forcé la dose d'antabus parce qu'elle avait honte, elle a pu être l'objet de réactions fortes.

Observation IV. - cet homme est allé plusieurs fois dans des cafés, prenait des comprimés en plus : ce qui le faisait rougir.

Observation VI. - il prenait 2 g d'antabus par jour et avait aussi pris des alcools forts.

Observation IX. - il avait arrêté de prendre des comprimés la veille du jour où il a fait des abus importants et il est resté très rouge à la maison.

Observation X. - il prenait 1 g d'antabus, pendant une réaction sa T.A. monte à 20-11.

Observation XII. - il prenait 2 g d'antabus par jour.

Observation XIII. - il avait bu des apéritifs mais sa femme lui donnait de l'antabus et a dû rester au lit quatre heures de temps à la suite d'une réaction.

Mais ce n'est pas toujours le cas.

Ce jeune militaire de l'observation VIII, ne fait pas de réaction à la suite prise de vin avec des doses courantes de males.

Pour les autres nous ne pouvons pas être aussi affirmatifs, car nous avons des doutes sur le fait de prises d'alcool et par conséquent sur les quantités absorbées ou la qualité de l'alcool.

Cependant cet homme de l'observation XI, prenait 0.25 g d'antabus et tombe dans la maladie sous l'effet de deux demis de bière, nous dit-il.

On peut évoquer aussi que les prises de vin ont été répétées et par conséquent produire une intoxication. Ce serait le cas de notre jeune militaire. Ce serait aussi le cas de ces hommes des observations VII et IX qui avaient bu beaucoup de vin en temps.

Cependant nous devons remarquer que ces faits ont pu se produire dans une autre période que celle qui précède la maladie.



Maladie.

Ainsi ces deux cas de l'observation XI, ont eu début de la même date puis deux ou trois jours. Les réactions très vives qui avaient conduit son Mâle à donner le dose d'antabuse de 0,50 g à 0,75 g.

Cette jeune femme a commencé sa cure, 5 ans après sa maladie, avec huit réactions à rebroussement des trois jours sans être incommodée.

Remarquons aussi que tous ont eu des réactions avant la réaction déclamatoire de la maladie, au contraire de ce qui s'est passé dans les troubles neuro-psychiatriques avec légères réactions. Si il y avait une prédisposition, on ne voit pas pourquoi elle ne se serait pas révélée tout de suite à l'intoxication.

Enfin, si nous avons classé ces observations dans les troubles psychiatriques, c'est que nous n'avons pas pu déceler la dépression organique, ni cérébrale, ni autres, excepté une seule fois une hypertension artérielle qui nous l'avons vu n'est pas forcément le fait de la cure.

Certaines formes appelées à une fragilité constitutionnelle donnent une sensibilité particulière à ces sujets. Les derniers arguments que nous avons donnés ne sont pas en cette faveur.

Ne sont pas en cette faveur non plus le fait que nous avons pu reprendre les cures.

Trois semaines après un accès maniaque de 14 jours chez cet homme de l'observation X, nous obtenons des réactions typiques, avec 0,50 g d'antabuse par jour.

Avec 1,50 g d'antabuse, quinze jours après une excitation maniaque d'un mois dans l'observation XI.

Et ces deux cas ne sont pas restés dans la même situation pendant le temps de leur maladie.

En revanche, deux des cas malades ont rechuté, l'un au bout de deux mois, l'autre au bout de quatre mois, alors qu'ils avaient 0,75 g d'antabuse, et nous n'avons pas réussi à provoquer la réaction dans leur cas.

Nous ne pensons donc pas que les troubles psychiatriques soient dus à l'intoxication organique en particulier cérébrale, même en présence d'une fragilité particulière.



On peut nous répondre cependant qu'il est indéniable que le système nerveux soit touché au moment de la réaction. Nous l'avons en effet dit à propos des troubles neuro-psychiatriques avec lésions cérébrales. Cet effet a été enregistré sur les électro-encéphalogrammes et nous l'avons relevé nous-mêmes en reprenant la cure chez un de nos malades.

Observation XII..- l'électro-encéphalogramme enregistre un discret ralentissement des rythmes dans les régions temporales au moment de la réaction vasomotrice, qui a eu lieu convenablement avec 1,50 g d'antabus et un verre de vin.

Mais cliniquement tout s'est bien passé.

Tout au plus cette intoxication passagère au moment de la réaction peut expliquer l'état de fatigue que nous connaissons dans les heures qui suivent la réaction, état qui peut aller jusqu'à la confusion mentale signalée par certains auteurs, mais que nous n'avons jamais observé au cours des traitements que nous avons faits.

Elle peut expliquer des états confusionnels plus longs si l'état cérébral du sujet était mauvais. C'est peut-être le cas d'un de nos malades.

Observation IV..- état confusionnel profond durant cinq jours avec gâtisme et impossibilité de tenir sur ses jambes.

Mais elle n'explique pas la rechute de ce malade après deux jours de remission, cette fois avec état catatonique, ni l'état de nos autres malades chez lesquels nous ne pouvons évoquer une fragilité particulière.

Les troubles psychosiques à notre avis dépassent largement le cadre de cette intoxication si bénigne habituellement pour d'autres alcooliques traités et en moins bon état. C'est d'ailleurs la particularité des troubles psychiques de dépasser le cadre de nos constatations organiques.

2.- Nous pensons donc que les troubles psychosiques sont d'origine psychique.

La réaction déclenchante agit comme un choc, il n'est pas nécessaire qu'elle soit forte, bien qu'une réaction forte aura







Deux sujets ont été à l'hôpital, observation I et observation XII s'agitent de plus en plus après leur sortie.

Nous relevons des choses semblables dans les observations publiées par Letailleur, Pottier, Boiteille (1).

Nous pensons donc que l'intoxication alcoolique interprétée par le psychiatre du sujet comme une épreuve pour le psychiatre dans un des termes de conflit.

Il est remarquable que, comme nous l'avons fait remarquer en discutant d'une intoxication chronique, nous nous sommes aperçus que de nombreux cas de psychoses ont eu auparavant des réactions.

Il est donc à penser qu'un conflit psychique existait déjà au préalable chez nos malades, que l'alcool s'est substitué à un des termes de conflit le plus agité, limitant l'autre terme. D'autre part la conduite de la cure a entraîné ce conflit en associant, en conditionnant les réactions à cet autre terme, d'autant plus que nous savons que la réaction est elle-même anaphysique, donc agressive. Cet autre terme est donc comme un empêchement à la réalisation des désirs du sujet. Mais cette interprétation est un peu simplifiée car le fait est que l'alcool ne s'est substitué à un des termes de conflit que parce qu'il a été précédé par l'alcoolisme chronique (2) nous lisons :

" L'alcoolisme chronique par un alcoolisme symptomatique motivé par des éléments psychiques ou émotifs. Au début de plusieurs années, si l'alcoolisme continue à boire, il s'agit d'un alcoolisme chronique avec des troubles mentaux dus à des lésions alcooliques constituant alors un état de maladie. C'est l'alcoolisme vrai. L'alcoolisme est tombé dans un cercle vicieux. Seul l'alcool peut provisoirement le sortir de l'état pénétrant dans lequel il se trouve, pour l'enfoncer plus dans sa déchéance. À moins que le Médecin ne vienne providentiellement le secourir "

L'alcool serait donc conditionné aux deux termes du conflit

(1). - Ann. Méd. Psych. Letailleur et Durban Tome I p. 7 L. Janvier 1952 - Boiteille G. Boiteille et Hascond Tome I p. 634 Mai 1952.

(2). - Thèse - Paris 1951.



... l'alcoolique de sa déchéance, et le malade ne peut pas...

Là-dessus la cure vient pour sortir l'alcoolique de ce conflit, mais si la réaction vient à être exagérée à un des termes du conflit par conditionnement soit pour le meilleur, soit pour le pire, elle aggrave ce conflit.

C'est ainsi que nous avons vu dans le cas de l'homme qui a été traité par la cure de désalcoolisation, un grand rôle joué par l'imagination dans la déchéance du malade, et il faut bien se rendre compte que si l'imagination n'est pas contrôlée, elle peut mener le malade à périr noyé.

## II. - Les éléments inhérents au sujet.

### A. - Conditions organiques. -

Elles sont déterminées surtout par l'observation clinique du sujet, nous en parlerons ensuite.

- Pour les troubles neuro-psychiatriques aux lésions organiques, nous en avons déjà parlé.

Rappelons que notre homme de l'observation I était un alcoolique chronique, âgé de 61 ans.

Celui de l'observation II ne présentait pas de signes cliniques d'atteinte grave. Les recherches biologiques (urée, cholestérol, glycémie, galactose, etc.) donnaient des résultats normaux.

Sa tension artérielle était toujours un peu abaissée (10/6).

Mais depuis trois ans il ne travaillait plus, souffrait de la fatigue et depuis deux ans avait des crises d'angoisse.

On a commencé le traitement à l'automne 1932 après le mariage. Après 9 jours de traitement il était en état de travail.

Nous avons donc des raisons de penser que son état était grave et son état était grave. Même si cet état était réversible, il n'était certainement pas réversible si après le sevrage. Alors qu'il durait depuis deux ans au moins, et que nous qualifions de "malade chronique" à l'époque, et qu'il était traité par l'strychnine par jour pendant 12 jours sans succès.























En résumé : les troubles psychologiques sont d'origine  
différentes et violent chez des personnes ayant une même  
qualité. Celle-ci peut être due à leur alcoolisme.

Certains troubles mentaux peuvent provenir aussi d'une  
et non d'une autre cause dont l'alcoolisme est l'une des  
te de leur intoxication alcoolique.

Les troubles psychiques se produisent chez des personnes  
saines, des malades ou même de ceux qui ont subi une  
ou la prise intermittente d'alcool ou d'autres substances  
dites. Ces états psychiques sont variés.



Elles ont été assez variables.

Pour l'un, l'antabus est administré à son insu (observation XIII). En outre les inconvénients de cette façon de faire qui ont été signalés (1) à savoir le manque médical sérieux, maintes au moment du travail, au cours de la conduite d'une voiture ... aux conséquences dangereuses par suite d'une réaction forte, il y a la possibilité de réactions fortes avec leur retentissement psychique agressif. Et soulignons-le ici, il n'est pas nécessaire que le sujet sache qu'il s'agit d'une réaction au contraire, l'ignorance de ce qui lui arrive ne peut qu'aggraver les choses et augmenter l'angoisse.

Notre homme de l'observation XIII a eu des réactions fortes puisqu'il prenait des pérodes.

Le même risque de réaction forte peut se produire chez des sujets qui n'ont pas l'expérience de la réaction.

Enfin la réaction peut être déterminée dès le début comme agressive. Ce sont les cas des malades soignés au dispensaire, le thérapeute ne fait pas de réactions contrôlées, agissant par la peur des réactions qui peuvent se produire et des dangers qu'elles présentent. C'est pousser le sujet à boire puisqu'il cherche à se libérer de ce qui l'inhibe déjà fortement.

Trois de nos malades ont été soignés ainsi.

En plus de la recherche du dégoût, c'est la peur qui est employée dans la cure de notre jeune militaire (observation VIII). En effet il nous a rapporté que la cure se fait en commun avec d'autres. Le commandant réunit avant chaque épreuve les sujets en cure, leur fait un petit discours sur les inconvénients de l'alcoolisme, sur l'inconvénient de conduire un camion ou d'être d'autres et risquer ainsi un accident entraînant peut-être la mort pour ceux que l'on a chargé de transporter. Ce malade nous a dit combien cela l'impressionnait, ainsi que le voit les copains malades pendant les réactions.

---

(1). - Desneux et collaborateurs.



La recherche du dégoût est aussi agressive car elle demande des réactions assez fortes et nombreuses. Ainsi de cette jeune femme de l'observation III qui a commencé sa cure avec huit réactions à trois jours d'intervalle.

Nos autres malades ont été amenés à la cure par peur de la maladie, par des menaces familiales, la cure leur a été imposée, donc les réactions et ils se sont laissés faire. De plus la négligence des facteurs psychiques est totale, ou ceux-ci sont considérés comme sans importance.

Même chez ce garçon de l'observation V traité en service de maladies mentales, c'était en 1950, donc au début des cures. On peut dire pour lui qu'il était de bonne volonté, cependant la manière forte dont a été mené le sujet à la cure était déjà agressive.

Quelque soit donc l'endroit où ont été traités ces malades, six en ville, cinq en milieu hospitalier, c'est dégoût, peur, contrainte.

Ce n'est pas tout, nous n'avons pas parlé des troubles neuropsychiatriques avec lésions cérébrales, mais là aussi il est évident que la force a été employée puisque pour l'un on ne s'est pas occupé de son artério-sclérose, pour l'autre de sa démence éthylique.

Notons enfin qu'un temps de désintoxication préalable a été négligé six fois sur onze.

La force imposée, la contrainte, peut avoir en contre-partie une confiance excessive dans cette force et négliger d'autres facteurs comme celui de l'entourage des malades, c'est ainsi que cinq de nos malades étaient célibataires.

D'autres fois l'entourage du malade est trop autoritaire et participe à la contrainte.

---

Nous en concluons que la conduite des cures a été, malgré parfois les apparences, trop agressive, trop contraignante ce qui a aggravé un conflit psychique où déjà la contrainte est excessive dont bien souvent l'alcoolique cherche à se libérer par l'alcool.



Les troubles neuro-psychiatriques qui surviennent au cours de la cure à l'antabus sont divers.

1.- Les uns s'accompagnent de lésions cérébrales.

Ils sont rares, graves, parfois mortels, laissant presque toujours des séquelles importantes.

Les causes en sont un mauvais état artériel du sujet :

soit par artério-sclérose;

soit pour d'autres causes dont l'intoxication alcoolique chronique et dans le cas du mauvais état artériel peut être réversible si l'intoxication n'est pas entretenue.

C'est l'intoxication du système circulatoire par le produit résultant de la rencontre antabus-vin qui provoque l'accident. A la suite du premier essai la plupart du temps et souvent avec des doses trop fortes d'antabus ou d'alcool.

Le système circulatoire réagit de façon intempestive.

La répercussion de cette réaction intempestive sur un cerveau déficient n'est pas à exclure. En conséquence, afin d'éviter ces accidents, non seulement il sera bon d'écarter de la cure tout sujet artério-scléreux, mais aussi tout sujet dont l'intoxication alcoolique chronique est profonde.

Pour ces derniers, F.C. et électro-encéphalogramme peuvent être utiles; mais il suffira pour le praticien d'être circonspect lorsqu'il constatera un état confusionnel surtout s'il va jusqu'à la démence ( l'interrogatoire de l'entourage apporte souvent des précisions à ce sujet ) d'autant plus que le consentement du sujet n'est pas valable.

Cet état pouvant être réversible, l'attente avec sevrage et temps de désintoxication est nécessaire avant d'entreprendre la cure à laquelle d'ailleurs le plus souvent le malade n'est pas disposé. Chez les sujets ayant atteints la cinquantaine, cet état n'atteint pas généralement une amélioration conciliable avec la cure.



## 2.- Les états de psychoses.

Ils sont moins rares, sérieux, mais plus graves, vulgaires constamment.

On peut en observer de différentes sortes dont la plus typique est l'accès hypomaniaque.

Ils ne sont pas en rapport avec une fragilité particulière de l'organisme.

Ils ne sont pas en rapport avec l'intoxication alcoolique du sujet, ni même avec son alcoolisme. Ces troubles mentaux sont d'ailleurs différents de ceux dus à l'alcoolisme.

L'antabus n'est pour rien dans leur apparition.

Les réactions par contre sont en cause, car elles sont anti-physiologiques.

Elles sont en cause par leur caractère agressif qui se conditionne à d'autres éléments agressifs contenus dans le psychisme du sujet.

Cet élément agressif est accru quand les réactions sont fortes, répétées, non contrôlées.

La conduite de la cure accentue ce caractère agressif par une atmosphère de peur, de contrainte, conduite trop autoritaire de la part du thérapeute avec confiance excessive dans cette autorité et non dans le sujet qui se présente à la cure.

Ceci se traduit par un temps de désintoxication pas assez long, pas assez soigneux ou par des médications excessives, grosses doses d'antabus, abus de strychnine qui par son effet excitant camoufle les déficiences de l'alcoolique sans accélérer la désintoxication ( ce qui n'empêche que la strychnine est un très bon médicament de l'intoxication alcoolique ), manque d'attention au consentement.

Est en cause encore la disposition psychique des sujets entraînant qu'ils boivent pour calmer des conflits divers, en particulier pour échapper à la contrainte :

- ce qui peut être un travail pour lequel ils ne sont pas faits;

- une difficulté effective de tout ordre : impossibilité de prendre un conjoint; conjoint trop autoritaire;



- une déficience physique : suite d'une maladie ...

La suspension de la cure calme l'exaspération et tout rentre dans l'ordre. Toutefois la reprise de la cure dans un nouvel état d'esprit s'avère difficile.

### 3.- Les troubles mineurs névrotiques.

Extrêmement fréquents, ce sont angoisse, obsession, phobie, dépression, asthénie. Ils ne sont pas dus à la cure, mais au sévrage, ce sont des malaises que le sujet camouflait par l'alcool.

Les réactions par leur caractère d'intoxication provoquent une fatigue passagère, mais chez un sujet déjà déficient, elles peuvent aggraver l'asthénie, surtout s'il manque de ressources physiques. C'est le cas en particulier des sujets ayant dépassés la cinquantaine.

Ces troubles ne doivent pas être négligés. On doit toujours avoir cette pensée à l'esprit quand on entreprend une cure, ce qui rend prudent et modéré. Sans quoi la cure devient agressive et peut aggraver le conflit sous-jacent.

Alors : ou bien la cure est abandonnée, c'est le cas le plus fréquent;

ou bien on peut évoluer vers la psychose.

### 4.- Confusions mentales légères.

Nous n'en avons pas d'observations précises. Nous pensons qu'elles sont dues à des réactions trop fortes, les troubles circulatoires tout à fait passagers provoquent une réaction secondaire intempestive sur un cerveau déficient et fatigué.

Cette déficience cérébrale étant certainement due à l'intoxication alcoolique, elles doivent être le fait d'alcooliques très intoxiqués dont le temps de désintoxication n'a pas été assez long.

Passagères, elles guérissent facilement.

- Excepté les troubles neuro-psychiatriques mineurs, on peut prétendre, certes en prenant certaines précautions et en conduisant modérément la cure à l'antabus, éviter toutes les autres maladies psychiatriques que l'on peut voir. On peut éviter aussi, en partie, il faut bien le reconnaître, car le Médecin n'est pas



malgré de toute la situation mais n'est qu'un conseiller, les  
conditions de cure.

Nous exposerons donc quelles conditions et quelles précau-  
tions il faut prendre pour qu'une cure ait chance de réussir et  
pour éviter les accidents psycho-psychiatriques. Nous ne  
peut oublier la possibilité malgré leur fréquence qui grandit



# IMPLICATIONS QUI DECOULENT DE NOTRE ETUDE POUR LA CONDUITE DE NOS CURES DE REEDUCATION PAR L'ANTALUS -:-:-:-:-

L'intérêt de cette étude est qu'elle nous révèle chez les buveurs d'habitude une fragilité psychique qui, lorsque déséquilibrée, peut se manifester au moment où l'on doit intervenir pour empêcher les manifestations de violence.

Les buveurs manifestent ainsi une vulnérabilité et se trouvent donc physiquement affectés pour leur façon de penser, d'appréhender le monde. Il ne faut donc pas appliquer la cure d'antabus d'une manière automatique mais adapter chaque cas avec soin.

## 1. - Grandes personnes.

## 2. - Personnes âgées.

Age du sujet : plus on avance en âge, plus la cure est difficile à supporter pour l'organisme. Les personnes âgées ont une fragilité psychique et une fragilité physique. Cette fragilité psychique se manifeste par une dépression, une anxiété, une insécurité. Les personnes âgées ont une fragilité physique et une fragilité psychique. Cette fragilité physique se manifeste par une dépression, une anxiété, une insécurité. Les personnes âgées ont une fragilité psychique et une fragilité physique. Cette fragilité psychique se manifeste par une dépression, une anxiété, une insécurité.

Il faut donc adapter la cure d'antabus à la fragilité psychique et physique des personnes âgées. Il faut donc adapter la cure d'antabus à la fragilité psychique et physique des personnes âgées. Il faut donc adapter la cure d'antabus à la fragilité psychique et physique des personnes âgées.

Il sera parfois utile de faire un suivi de l'état psychique des personnes âgées pendant la cure d'antabus. Il sera parfois utile de faire un suivi de l'état psychique des personnes âgées pendant la cure d'antabus. Il sera parfois utile de faire un suivi de l'état psychique des personnes âgées pendant la cure d'antabus.

Il est important de noter que la cure d'antabus est une cure de rééducation et non une cure de répression. Il est important de noter que la cure d'antabus est une cure de rééducation et non une cure de répression. Il est important de noter que la cure d'antabus est une cure de rééducation et non une cure de répression.



neurologiques, soit par de la démence éthylique dont nous allons parler.

Tout autre état pathologique, à notre avis, doit faire surseoir à la cure jusqu'à guérison si possible. Sinon, il sera l'objet d'une étude plus particulière, peut être d'un mode de cure plus particulier, mais nous abordons alors le cas spécial qui n'est pas ici l'objet de notre étude.

## B.- Conditions mentales.

### 1.- Dues à l'éthylisme du sujet.

C'est l'affaiblissement démentiel. Il n'est pas compatible avec une cure. Beaucoup trop souvent des alcooliques dont les facultés mentales sont affaiblies par leur intoxication, sont présentés à la cure. Parmi eux, les uns ont fait des indécidences, des brutalités, d'autres ont des difficultés dans leur travail ... Et ils sont poussés à la cure par leur entourage, leur Médecin qui sont excédés de leur attitude ou qui veulent les soustraire aux conséquences de leur état démentiel.

Or, s'ils donnent leur consentement à la cure, c'est à cause de leur passivité due à leur état de démence.

La cure dans de telles conditions est dangereuse, en premier lieu parce qu'il y a des risques du fait des lésions cérébrales; en second lieu, parce que le malade est incapable de fournir la collaboration indispensable à la conduite de la cure.

Cependant ils pourront être admis plus tard à la cure après une abstinence préalable plus ou moins longue suivant le cas. Après quoi, on pourra faire un bilan de leur état et leur proposer la cure en étudiant soigneusement la réalité de leur consentement, exigeant pour cela les dispositions dont nous parlerons plus loin.

Pour ce genre d'alcooliques, l'hospitalisation s'avère nécessaire afin de réaliser le sevrage, la désintoxication, en milieu surveillé et spécialisé afin de parer à toute éventualité d'un délirium et pour réaliser l'abstinence complète. Le plus souvent le cas de ces alcooliques dépasse la compétence médicale par



les problèmes sociaux qu'il pose. Ils sont tout à fait justiciables de l'Action de l'Etat prise par la loi d'Avril 1934 dans son ensemble la réalisation.

2.- Autres déficiences mentales.

Celles-ci ne sont pas dues à l'alcoolisme. Elles précèdent au contraire l'intoxication et en sont responsables.

a/- Les dispositions névrotiques.

On ne peut généraliser que les alcooliques ont de l'angoisse. En fait, il faut se rendre compte que les troubles névrotiques peuvent demander une cure, même lorsque l'on a le droit de leur habituer de l'alcool. Sans qu'on puisse faire le diagnostic de cette autre chose.

Nous ne connaissons pas bien toutes les causes de l'alcoolisme. Il nous apparaît que beaucoup de sujets de ce type ont un déficit de troubles héréditaires. Tant qu'ils boivent, on ne voit pas le trouble névrotique, mais le passage à l'alcoolisme est le résultat de la maladie.

Le plus fréquemment il s'agit de déficiences d'angoisse, de la timidité sociale, de l'insécurité de l'existence, de l'angoisse de l'avenir, de l'angoisse de la mort, de l'angoisse de la vieillesse, de l'angoisse de la solitude, de l'angoisse de la pauvreté, de l'angoisse de la maladie, de l'angoisse de la mort.

Ainsi l'avons nous vu dans nos observations. Deux de nos alcooliques étaient des timides qui boivaient pour avoir confiance, pour se faire leur travail. Et puis ils avaient des troubles névrotiques qui arrivaient ainsi à commander une consommation excessive et fatale la loi chez eux ...

Ces névroses ne sont pas des déficiences mentales à proprement parler, mais il est nécessaire de les connaître le plus tôt possible et de leur faire compte.

La dépression asthénique, due soit à des suites de maladie, soit au surmenage au travail, peut être aussi à l'origine de l'alcoolisme. Les symptômes de cette dépression sont la fatigue, la tristesse, la perte de la vigueur.

Elle n'est pas une contre-indication. Mais il sera parfois



nécessaire de l'améliorer après le sevrage et de surveiller un peu à la cure. Elle doit rendre prudent pour les doses d'alcool et alcool à explorer. La réaction est fatigante.

Toutes ces conditions exigent donc la prudence et le frailement parallèle de ces dispositions mentales tout au long de la cure.

## II. - Le consentement du sujet -

Il faut obtenir le consentement du sujet à la cure sans contrainte.

1.- Donc il ne faut pas :

a/- Faire de cure à l'insu du sujet;

b/- de cure imposée par la famille, le conjoint, l'employeur, sous menaces de sanctions judiciaires, par autorité de la personne qui indique la cure : le Médecin par exemple dont la signature est imposée souvent;

c/- de cure sur consentement arraché au sujet par chantage : par exemple promesse qu'il va redevenir rapidement un autre homme que tout ira bien ...

**Ce consentement est faux, car en effet pour le sujet la cure sera pénible, il devra supporter fréquemment une période qui ne s'améliorera que lentement par la suite et à laquelle il a préféré souvent la déchéance alcoolique;**

ou profitant de sa faiblesse mentale: débilité, névrose ou affaiblissement dementiel.

2.- Il faut exposer quelle sera la cure, dire au sujet qu'il ne devra plus boire que de l'eau, lui demander s'il prétend pouvoir s'arrêter seul ou s'il accepte une aide.

Il nous paraît bon d'exiger, étant donné le caractère de caractère de l'alcoolique et surtout pour s'assurer de sa collaboration, un gage de bonne volonté : quinze jours d'abstinence, le sujet restant dans ses conditions de vie habituelle assurant la réalité du consentement et préparant à la cure.



### III.- Mise en oeuvre de la cure.

La surveillance de la cure au début doit être très attentive afin d'éviter l'absorption de boissons alcoolisées, ceci pour aider le sujet à tenir sa réaction et pour éviter les réactions incontrôlables intempestives. Le milieu hospitalier facilite cette surveillance, mais aussi il soustrait momentanément le sujet à ses difficultés, ce qui est préférable à cause du désagrément des réactions qui viennent se surajouter aux difficultés du sevrage.

Enfin, en milieu hospitalier, il est plus facile de créer une ambiance psychologique dont nous savons l'importance : éviter toute contrainte.

Il faut provoquer des réactions jusqu'à ce qu'elles soient bonnes : une, deux ou trois au plus.

Pas de réactions répétées afin de rechercher le dégoût, nos observations nous en ont montré l'inconvénient.

Pas de réactions trop faibles ne protégeant pas le sujet contre son habitude, ce qui peut amener un jour un abus et une réaction forte.

Pas de réactions trop fortes, cause encore plus fréquentes de maladies que nous avons observées.

Il nous semble que la dose de 0,50 g d'antabus par jour pour débiter est sans inconvénient. Suivant les cas, il sera nécessaire d'abaisser cette dose ou de l'augmenter. Mais il ne faut pas augmenter trop rapidement; nous avons constaté souvent qu'après une première réaction insuffisante, on pouvait obtenir une réaction forte quelques jours après avec les mêmes doses d'antabus et d'alcool.

Psychologiquement, le sujet est dûment prévenu de tout ce qui va arriver. Il faut que la réaction soit considérée comme un remède et non comme une punition.

Au cours de la réaction, le sujet doit être encouragé, calmé suivant le besoin. Il nous paraît bon de lui demander son avis : s'il pense que cela suffira pour le retenir de boire.







Traitement plus particulier de la dépression asthénique avec diminution de puissance ou impuissance sexuelle qui suit la cure.

Nous rappelons ici ce que nous avons dit à propos de la durée de ce trouble : voir page 23 (1). Il faut éviter l'apparition de l'asthénie au cours de la cure, car elle peut être la cause de rechute.

"... L'asthénie apparaît alors. Le réflexe conditionné au dégoût est éteint, d'où rechute et rechute grave, car les troubles éthyliques s'intensifient brusquement" (1).

Traitee suivant la conception de l'asthénie des Docteurs COMMAN et LONGUET (2) qui la considèrent comme un tableau clinique traduisant la défiance de l'organisme, elle disparaît généralement en deux à quatre mois. L'impuissance sexuelle disparaît plus rapidement en un à deux mois. Parfois, c'est rare, elle est irréductible. Il faut alors établir une hygiène de vie convenable à celui qui en souffre, avec au moins d'éviter l'aggravation.

Ces précautions dans les suites de la cure doivent éviter non seulement les troubles mentaux au cours de la cure, mais aussi les abandons et les rechutes graves.

Ce sont des difficultés surtout qui exigent que les sujets en cure soient suivis longuement.

En résumé : du fait de leur relative durée, les troubles mentaux majeurs que l'on peut voir au cours de la cure d'antabus, nécessitent toujours nécessairement l'appel de ce médicament dans le traitement de l'alcoolisme. Leur existence conduit seulement à prendre les précautions que nous avons indiquées.

La fréquence des troubles mineurs pose le problème de l'origine possible de l'alcoolisme dans un alcoolisme chronique qui l'absorption d'alcool cherche à compenser. En conséquence, il faut adjoindre à la cure à l'antabus un traitement de l'état névropathique pour s'assurer de sa réussite.

(1) - G. Boitelle - C. Boitelle-Lentullo - Etudes Anti-Alcooliques  
Oct - Déc. 1952 p. 261-263.

(2) - Ouest-Médical - 10 Mai 1950.



## CONCLUSIONS

-:-:-:-:-

I.- Nous avons observé au cours de la crise à 3 aspects :

A.- Des troubles neuro-psychiatriques :

1.- Troubles aigus avec états dépressifs :

Rares - Etats confuso-déméntiels avec hallucinations, apaisés plus ou moins lentement régressifs.

2.- Troubles mentaux à forme de psychoses.

plus fréquentes

a/- Etats dépressifs variés :

bouffée anxieuse, état confuso-déméntiel avec catatonie, état schizophrénique, état mélancolique.

b/- Etats d'excitation, plus semblables entre eux :

accès hypomaniaques, les plus fréquents, les plus caractéristiques, de durée courte : en moyenne dix à quinze jours.

accès maniaques.

Tous guérissent facilement.

B.- Des troubles neuro-psychiatriques plus ou moins à forme de névroses extrêmement fréquents :

angoisse, obsession, phobie ... surtout asthénie pouvant guérir par traitement approprié.

II.- Les causes de ces troubles sont :

A.- Pour les troubles avec états dépressifs

les éléments de la crise : une dépression confuso-déméntielle très forte.

les conditions du sujet : un terrain état dépressif

définitif : artério-sclérose, hypertension.

transitoire : due à l'intoxication éthylique.







- obtenir un consentement réel | s'assurer de la collaboration du sujet.
- mettre en oeuvre la cure : dans une atmosphère psychologique de surveillance attentive, de collaboration avec le sujet.  
Avec des réactions peu nombreuses, bien mesurées.
- suivre le sujet en cure : en le soutenant dans son effort.  
En améliorant ses difficultés :
  - sociales
  - médicales : traitement de la névrose, évitement de l'asthénie.

-1-1-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1-







DEBROUSSE J.Y. ( NEVERS )



- JONVILLE G. D., LEBLANC A., et LEBLANC P.  
Régulation du système nerveux central et du système nerveux périphérique  
dans les troubles de l'alcoolisme. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.
- BRIDE E. W., GIBSON P. V., et BRIDE E. W.  
The effect of Alcohol on the Experimental Psychology. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.
- LEBLANC P., et LEBLANC P.  
Confusion mentale au cours du traitement de l'alcoolisme  
chronique par le disulfiram. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.
- POTTIER C., de HUBERT I., et de COULANGE  
Analyse et traitement de l'alcoolisme chronique par le T.E.T.U. - Ann. Méd. Psych. T. 2 p. 512 - 1950
- JONVILLE G., et LEBLANC P.  
Quelques remarques sur les intoxications de l'alcool. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.
- FELICE  
Traitements de l'alcoolisme. - Thèse Paris 1950
- JONVILLE G., et LEBLANC P.  
Sur quelques cas de toxicité de l'alcoolisme. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.
- DORMAN L., et LEBLANC P.  
L'alcoolisme. - Ouest-Médical - 10 Mai 1950

#### Autres Travaux

- JONVILLE G., JONVILLE-LEBLANC P., LEBLANC P., et LEBLANC P.  
Tentative de sécheresse par le disulfiram. - Ann. Méd. Psych. T. 11, 1950, p. 100.



BOITELLE D. et BOITELLE-LENTULLO Cl.

Confusion mentale apparue chez des éthyliques après prise de T.T.D. - Ann. Méd. Psych. 1953 - T. II N°3, p. 393

BOITELLE, BOITELLE-LENTULLO De LORQUIN

Communication - 51<sup>ème</sup> Congrès des Médecins Psychiatres et neurologistes de France et Pays de langue française  
Pau ( 19 - 25 Juillet 1953 )

BON F.

Trophie cutanée tardive avec complications neuro-psychiatriques au cours du traitement par le T.E.T.D. - Nord-Méd. 47 : p. 83 - 86, 1952

BOWMAN K.M. ; SIMON, HINE Ch., MACKLIN, CROOK Ch. BURKIDEE et HANSON K.

A clinical evaluation of tétraéthylthiourea ( antabus ) in the treatment of problem drinkers. - Am. J. Psych. 107 : 832 - 3 1951

BOLE et BEAUCH

Effets psychiques du traitement par le T.E.T.D. - S.Am. Méd. Ass. - 26 mai 1951

BRUNELLES et FELLION

A propos des traitements actuels de l'alcoolisme. - Ann. Méd. Psych. T. I n°5. - Mai 1951

PIKE D.

Psychotic reaction to tétraéthylthiourea disulfide ( antabus ) therapy - Quart. Journ. of Studies on Alcohol vol. 14 - Mars 1951 N°1, p. 111

CHILLO D. , CHICORNO U. et De CARVALHO G.

La Presse Médicale - Juillet 1950



- GRAGE H.

Über die provokation von psychosen bei der medikamentösen  
Behandlung des chron. Alkoholismus ( antabus psychosen )  
Quar. Journ. of Studies on Alcohol - Vol. 14 - Mars 1953 -  
N°1 - p. 11

- GOTTESFELD, LASSER, CONWAY et MANN

Psychiatric implications of the treatment of Alcoholism with  
tétréthylthiuram disulfide - Quart. Journ. of Studies on  
Alcohol 12 - p. 184 - 205 , Juin 1951

- GUILD et EPSTEIN

Psychosis During the treatment of Alcoholism with T.E.T.D.  
Quart. Journ. of Studies on Alcohol 12 : 360 - 365 - Sep.1951

- LAUX W.

Psychosen bei Behandlung mit Antabus. - Nervenarzt 22 -  
p. 391 - 393 - 1951

- MACKLIN E.A., SIMON A. et CROOK G.H.

Psychotic réactions in problém drinkers treated with disulfir-  
am ( antabuse )

- A.M.A. vol. 69 - avril 1952 n°4. p. 415 - 426

- Quart. Journ. of St. on Alc. 1953 vol.4 n°4. p. 649

- Excerpta Médica 1954 VII - 2 p. 163 ( 708 )

- MARTENSEN-LARSEN

Psychotic Phénoména Provoked by tétraéthylthiuram disulfide  
Quart. Journ. of Stud. on Alcohol 206-16 - Juin 1951

- NOVOTNY S.

Complications psychotiques au cours du traitement par le  
T.E.T.D. - Lek. Listy, Brno 7 p. 134 - 135 - 1952

- REYSS - BRION, JOSSERAND A. et MARTIN J.

Le syndrome de surdosage au cours des cures d'antabus. -  
Lyon-Médical - Oct. 1954 N°40. p. 285-289





